FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1925

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL SYNDROMULUI „KLIPPEL ȘI FEIL"

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 7 Iunie 1923

DE

NICOLAE MANU

BUCUREȘTI

INSTITUT DE ARTE GRAFICE «EMINESCU» S. A.
STRADA PARLAMENTULUI, 2
1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1925

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL SYNDROMULUI „KLIPPEL ŞI FEIL"

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 7 Iunie 1923

DE

NICOLAE MANU

709 308 Inv. Nr.
BIBLIOTECA CENTRALĂ

BUCUREŞTI

INSTITUT DE ARTE GRAFICE «EMINESCU» S. A.
STRADA PARLAMENTULUI, 2
1 9 2 3

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan: D-l Profesor Dr. Thoma Ionescu

Profesori titulari:

Clinica II chirurgicală	D-l	*Dr.*	*Anghelescu C.*
Clinica medicală	»	»	*Atanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	»	»	*Bălăcescu I.*
Anatomia Patologică Bacteriologia şi patologia experimentală	»	»	*Babeş V.*
Istologia normală şi istogeneza	»	»	*Besnea St.*
Medicina experimentală	»	»	*Cantacuzino I.*
Clinica Ginecologică	»	»	*Daniel C.*
Clinica II Medicală	»	»	*Danielopolu D.*
Anatomia topografică II	»	»	*Gerota D.*
Farmacia chimică şi galenică	»	»	*Georgescu M.*
Clinica şi teoria Obstetricală	»	»	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	»	»	*Ionescu Th.*
Clinica III medicală	»	»	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	»	»	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	»	»	*Jianu A.*
Farmacologia şi materia medicală	»	»	*Lalu S.*
Clinica boalelor Oto-Rhino-Laringologie	»	»	*Meţianu N.*
Clinica boalelor nervoase	»	»	*Marinescu Gh.*
Clinica Analitică	»	»	*Minovici St.*
Clinica infantilă	»	»	*Manicatide M.*
Higiena şi poliţia sanitară	»	»	*Mezincescu D.*
Medicina legală	»	»	*Minovici Mina*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	»	»	*Manolescu D.*
Clinica I medicală	»	»	*Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	»	»	*Nicolau St.*
Clinica boalelor mentale	»	»	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	»	»	*Paulescu N.*
Patologia generală	»	»	*Proca Gh.*
Anatomia descriptivă şi embriologia	»	»	*Rainer Fr.*
Zoologia medicală	»	»	*Sihleanu St.*
Botanica medicală	»	»	*Solacolu T.*
Patologia medicală	»	»	*Thomescu Th.*
Terapeutica clinică	»	»	*Teohari A.*
Analiza alimentelor şi băuturilor	»	»	*Vintilescu I.*

Profesori agregaţi:

Medicina operatorie	»	»	*Constantinescu C.*

Juriul de promoţiune:

Preşedinte: D-l **Profesor Dr. BĂLĂCESCU I.**

Membrii:
- D-l *Profesor Dr. Ionescu D.*
- » *Conf. Dr. Simici D.*
- » *Docent Dr. Marian C.*
- » » » *Bejan I.*

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima nici aprobarea nici dezaprobarea.

Părinților mei

Recunoștință și mulțumire.

Soției mele

Îi dedic această lucrare în semn de dragoste.

Președintelui meu de teză

D-lui Profesor Dr. I. Bălăcescu

Medic primar la Spitalul de Copii, Profesor de clinica chirurgicală infantilă și ortopedie

Respectoase mulțumiri pentru buna voință cu care ați primit președinția tezei mele.

Profesorilor mei; Juriului de promoție

Recunoștință și respect.

D-lui Medic Colonel Dr. Ang. Vasilescu

Pentru buna voință și interesul ce mi-l-a arătat fiind intern în serviciul D-sale, pentru sfaturile date în alcătuirea acestei lucrări, îi voi păstra recunoștință și îi mulțumesc respectos.

D-lui Locot. Colonel Dr. D. Simici

Mulțumiri și admirație.

D-lui Profesor Dr. Graçoschi, Dr. Gr. Georgescu, Dr. Florian Sărățeanu, Dr. Al. Cosăcescu

Păstrez amintire timpul de campanie petrecut împreună și le sunt recunoscător mulțumindu-le pentru cunoștințele ce le-am căpătat în acel timp.

Introducere

Anomaliile pot atinge toate țesuturile organismului. Cele mai dese anomalii le prezintă acele țesuturi, care sunt în curs de prefacere, adică acelea care nu și-au terminat încă evoluția mergând spre perfecționare, sau acele cari pierzând rolul funcțional sunt pe cale de dispariție. Așa la membrele superioare, care au nevoie de mișcări complicate, prin dividere apar mușchi noi, în timp ce la membrele inferioare cari își limitează mișcările, o serie de mușchi dispar prin alipire. Se mai poate cita diverticolul lui Meckel, cecul și apendicele cecal, care sunt subiectul la variațiuni destul de numeroase.

Țesutul osos suferă și el într'o măsură mult mai mică variațiuni anatomice.

La coloana vertebrală au fost descrise o serie de anomalii. In literatură însă cazurile nu sunt prea numeroase, ceia ce ar proba raritatea lor. Cele mai frequente sunt variațiunile numerice și care se pot divide în anomalii prin exces și anomalii prin lipsă. Ledouble, consideră mărirea numărului de vertebre ca o inferiorizare, micșorarea numărului ca o superiorizare. Variațiunile numerice mai pot fi compensate și necompensate. Cele mai dese sunt cele compensate, adică atunci când avem un număr mai mic de vertebre la coloana cervicală, crește numărul în regiunea lombară, sacrată, coccigiană sau dorsală.

După unii autori coloana cervicală ar fi cea mai constantă în numărul vertebrelor, după alții ar fi coloana dorsală.

Anomalia pe care o prezintă bolnavii cu syndromul Klippel și Feil, este o variațiune numerică cu diminuarea numărului de vertebre cervicale și cu prezența unor turburări în morfologia lor, constituind o adevărată monstruozitate.

In ultimul timp autorii au atras atenția prin lucrările

lor, asupra a două variațiuni anatomice ale coloanei vertebrale: 1) asupra sacralizărei vertebrei a 5-a lombară 2) asupra reducerei numerice a coloanei cervicale cu turburări morfologice adăugate.

Sacralizarea vertebrei a 5-a lombară, bine studiată în Italia și Franța, a făcut subiectul la o serie de teze de doctorat în ambele țări.

Klippel și Feil în 1912, au studiat și descris pentru prima dată anomalia coloanei cervicale cu reducerea numerică a vertebrelor și cu turburările ei morfologice, legând pentru prima dată de acest soi de anomalie, o simptomatologie bine definită și stabilind astfel un sindrom.

In spitalul Militar «Regina Elisabeta» în serviciul Medical B. intră în ziua de 19 Septembrie 1922, un soldat pentru pleurezie stângă. D-l Medic Colonel Dr. Aug. Vasilescu observă la acest bolnav acest sindrom și pentru prima dată la noi în țară îl comunică societăței Medicale a spitalelor din București, împreună cu colegul meu Niculescu T. Ștefan. Având acest caz bine studiat și cu observația complectă, pe care l'am văzut personal și fiindcă peste puțin timp D-l Dr. A. Daniel din Severin aduce societăței un nou caz tot așa de interesant, m'am hotărât să fac lucrarea inaugurală din acest subiect, întrunind în ea toate cazurile publicate până acum. Am convingerea că frequența lor este mult mai mare, însă că unele trec neobservate, iar altele sunt confundate cu morbul lui Pott suboccipital.

Odată cunoscută de cliniciani mai de aproape, această anomalie cu simptomele legate de ea, literatura va fi cu siguranță îmbogățită în scurt timp cu multe cazuri noi. La aceasta va contribui în mare măsură și medicii recrutori, la care se pot prezenta multe cazuri. Vom vedea că acești bolnavi fără turburări grave pot face serviciul militar auxiliar, așa că pentru acești medici chestiunea are și un interes practic.

ISTORIC

Din punct de vedere anatomic reducerea numerică a coloanei vertebrale a fost descrisă de mult timp.

Rokitansky a publicat în (Hand buch d. spec. path. Anat. t. II) studiul făcut în 1844 asupra scheletului unui bătrân de 70 ani, care prezenta pe lângă o reducere a numărului vertebrelor cervicale şi fuzionarea lor într'un singur os.

Cruveilhier în (Traite d'anatomie descriptive t. I II ième edition pag. 58 din 1843) aduce la cunoştinţă cazul lui Morgagni, care după el ar fi primul care a remarcat o reducere a numărului vertebrelor cervicale. Morgagni susţinea că această anomalie ar predispune la apoplexie din cauza scurtărei gâtului.

Ledouble în (Traité des variations des os de la colon vertebrale) aduce la cunoştinţă cazurile la o serie de autori. Aşa raportează cazurile lui Morgagni, Cruveilhier, Columbus, Cullen, cari au publicat observaţia a câte un caz de coloană cervicală numai cu 6 vertebre. Nici unul nu a cercetat însă numărul vertebrelor din celelalte regiuni.

Struthers şi Th. Dnight au câte un caz cu 6 vertebre cervicale, la care însă existau 6 vertebre lombare. Aci am avea o variaţiune tip compensat.

Staderini are un caz cu 6 cervicale, 12 dorsale, 5 lombare, 5 sacrate, 5 coccigiane la o pitică de 21 ani.

Villet şi Walsham are cel mai complicat caz de anomalie a coloanei vertebrale la o femeie de 32 ani, care avea numai 2 vertebre cervicale, pe a 6-a şi 7-a. Din dorsale, 1-a şi a 2-a, $^1/_2$ din a 3-a urmate de a 4-a, 7-a, 10-a, 11-a 12-a, sacrul şi coccigele fiind în număr.

La vertebrele lipsă, lipseau şi coastele şi muschii respectivi. Mama acestei fete avea o coloană vertebrală cu aceleaşi inflexiuni, ceiace face să se bănuească ereditatea lor.

Recent în 1912 Klippel şi Feil au publicat în (Nouvelle Iconographie de la Salpetrière) simptomatologia unui caz legat din punct de vedere anatomic la o anomalie a coloanei cervicale cu diminuarea numărului de vertebre şi unirea lor într'o singură massă osoasă. Pe viu datorită acestei anomalii au observat şi descris pentru prima dată lipsa gâtului, limitarea mişcărilor şi implantarea joasă a părului, creind syndromul ce poartă numele autorilor, nume propus în 1919 de Dubreuil şi Chambardel de Tours, într'un articol din (Gazette medicale du Centre).

Dela această dată o serie de autori în Franţa şi Italia au publicat cazuri noi. La noi primul caz este al D-lui Dr. Ang. Vasilescu şi Niculescu Şt. al II-lea al D-lui Dr. A Daniel Severin, ambele aduse societăţei medicale a spitalelor din Bucureşti.

Observațiile clinice ale cazurilor publicate.

Observația I-a. — (Klippel și Feil) L. Ioseph, croitor în vârstă de 46 ani, intră în spitalul Tenon, pentru pleurezie, congestie pleurală și nefrită.

In antecedente nu se găsește nici un traumatism, nici morbul lui Pott suboccipital. A presentat la 6 luni convulsii, la 15 apendicită, dupe aceia pleurezie în repetate rânduri.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Bolnavul de talie mică, capul cam mare, cu membrele însă bine proporționate, gâtul lipsește, capul pare direct implantat pe

Fig. No. 1. — (Klippel și Feil).

corp. Văzut din față, bărbia maschează manubriul sternal, din spate gâtul lipsește, părul implantat pe o suprafață triunghiulară cu vârful în jos ajunge până în dreptul apofizei a 3-a dorsală, baza triunghiului în sus stă pe occiput. Coloana vertebrală dorsală prezintă o curbură exagerată cu convexitatea posterioară și o scolioză dorso-lombară cu concavitatea laterală stângă, care par a fi profesionale. Apofizele spinoase de mărimi diferite cu spații inegale între ele sunt greu de reperat. Numărătoarea de jos în sus dă 4 apofize spinoase lombare, 8 apofize dorsale și deasupra lor o creastă neregulată, care pare că rezultă din unirea mai multor vertebre. Deasupra acestei creste și mai ales când capul

este în flexiune, apare un gol prin care se simte gaura occipitală. Prezintă 12 coaste.

Mişcările de flexiune şi extenzie, de lateralitate şi de rotaţie, sunt limitate. La percuţie şi ascultaţie bolnavul prezintă semnele unei pleurezii şi de congestie. Sonoritatea şi murmurul vezicular se prelungesc până la partea superioară a toracelui.

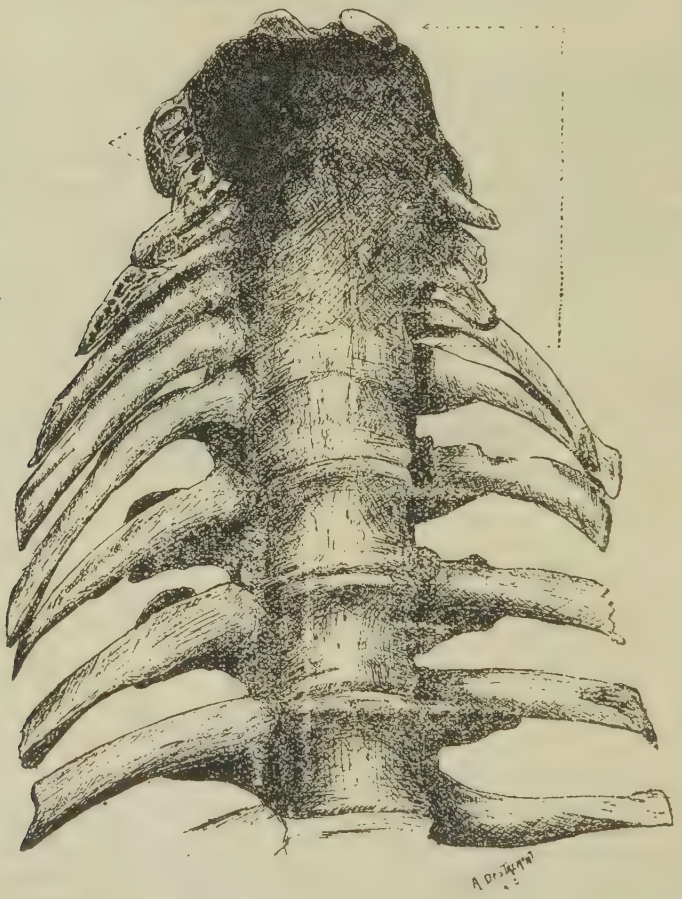

Fig. No. 2. – (Nouvelle iconographie de la Salpètrière).

La cord bătăile sunt surde şi ritm de galop. Reflexele rotuliene abolite, inegalitate pupilară, celelalte reflexe păstrate. Nu prezintă sifilis în antecedente. Radiografia confirmă lipsa vertebrelor cervicale. Primele coaste au inserţia sus mascată de maxilarul inferior şi baza occipitalului. Pulmonul depăşeşte clavicula, vârful pulmonului ajunge în proecţie o linie care ar trece prin

gură şi pune în evidenţă o cutie toracică ce ajunge până la baza craniului. Se mai constată o umbră de lichid pleural şi un cord hipertrofiat.

Autopsia pune în evidenţă o cavitate toracică de mărime

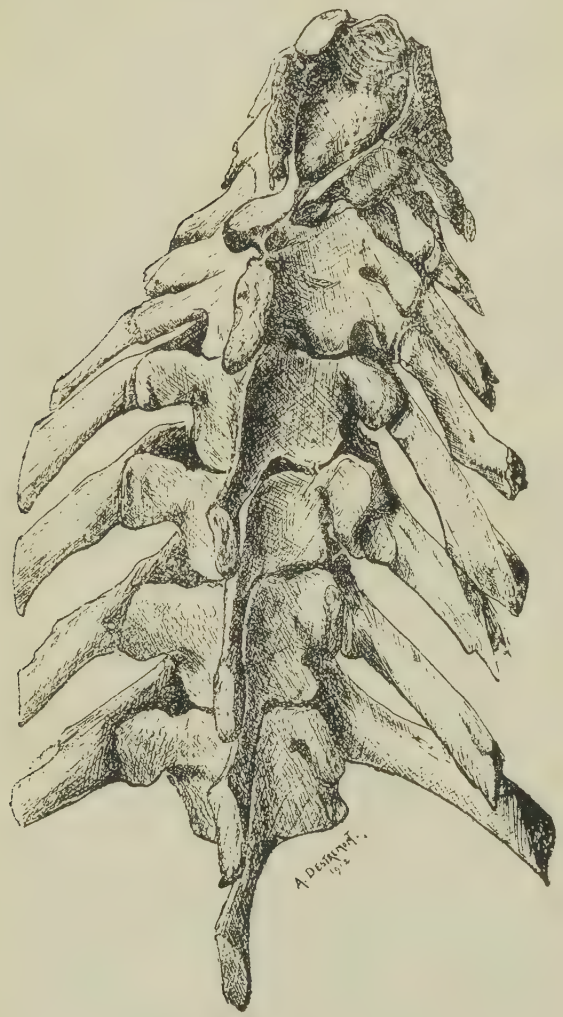

Fig. No. 3.

normală, ocupată de ambii pulmoni şi care se întinde până la baza craniului. Cutia este îngrădită de 12 perechi de coaste. Cele superioare au o oblicitate mare. Protuberanţa occipitală foarte proeminentă dă impresia de apofiză spinoasă.

Coloana vertebrală prezintă o curbură dorsală mărită, cu o scolioză laterală dreaptă, convexitatea cervicală anterioară lipseşte.

Coloana vertebrală de la sacru la occipital este constituită din 12 vertebre bine diferenţate şi o massă osoasă cervico-dorsală, rezultată din unirea mai multor vertebre. Această massă osoasă prezintă în porţiunea laterală şi inferioară 4 perechi de coaste. Dupe aceasta urmează în jos 8 vertebre dorsale cu câte 8 perechi de coaste şi înfine 4 vertebre lombare fără coaste. Autorii nu au putut vedea dacă a 5-a lombară era sacralizată.

Pe faţa anterioară massa osoasă este plană, nu prezintă nici proeminenţele discurilor intervertebrali şi nici depresiunile corpurilor vertebrelor. Pe faţa superioară massa osoasă prezintă 2 faţete articulare separate cu o creastă osoasă în formă de dinte. Faţa posterioară aproape în întregime ocupată de un orificiu larg oblic de formă triunghiulară, cu vârful în jos.

Vârful orificiului se continuă cu o creastă formată prin unirea a patru apofize spinoase. Această creastă neregulată are o lungime de 5 cm., largă de 6 mm., având o direcţie aproape orizontală. In flexiune forţată orificiul rămâne descoperit şi degetul care pătrunde cu uşurinţă prin el simte bulbul şi creerusul. In extenzie gaura se astupă.

Pe părţile laterale prezintă coastele şi un canal homolog canalului vertebral, probabil al arterei vertebrale. Acest canal este unit cu canalul rachidian prin o serie de orificii neregulate, care sunt pentru nervii rachidieni. Aceste orificii sunt în număr de 6 la dreapta, 5 la stânga, ultimul însă mai lung.

Aceată observaţie deşi prima este una din cele mai complecte. Intruneşte examenul clinic al cazului, radiografia lui şi chiar autopsia. Am redat-o în extenso. Ea poate servi de călăuză pentru observaţiile ulterioare. Din simptomele acestui caz Klippel şi Feil au creiat syndromul. Tot după acest caz au stabilit caracterul anatomic al acestei malformaţiuni. Observaţiile ulterioare confirmă exactitatea faptelor stabilite de aceşti autori.

Observaţia II-a (Lesbre) în teza sa (Anomalies costo-vertebrales) Lyon 1913, citează cazul unui om de 34 ani cu 18 vertebre presacrate, fără coloana cervicală. Vertebrele în această regiune sudate într'o singură massă osoasă. Clinic capul direct implantat pe corp, lipsa gâtului cu mişcări limitate.

Observaţia III-a (Roland o Meisen), în «The american journal of orthopedic surgery» 1913, dă pe scurt cazul unei fete de 10 ani, care dela naştere mişca cu greu capul. Capul direct implantat pe corp, îi lipsea gâtul. Linia ochilor oblică dând capului înfăţişarea unui torticolis congenital. Pe radiografie se observă lipsa vertebrelor cervicale. Se pare că există câteva apofize transverse fuzionate. Se mai distinge o deschidere posterioară în formă de V. Toracele se ridică până la baza craniului. Primele vertebre dorsale par fuzionate. Se observă o scoliză dorsală cu

concavitatea la stânga. Coastele au o oblicitate mare, mai ales cele superioare. Claviculele la fel. In fotografia apărută în (La presse medicale) din 4 Mai 1921 se vede atitudinea oblică a capului. Bărbia maschează furculiţa sternală. Faţa prezintă o oarecare asimetrie probabil de atitudine. Mamelonul scoborât distanţapână la ombilic micşorată. Acesta este un caz foarte asemănător cu primul. Din radiografie primele coaste mai ales în dreapta par fuzionate, aşa că acest caz de anomalie ar fi într'un grad ceva mai pronunţat ca primul.

Observaţia IV-a. — (Bertolotti) Este a unui om în vârstă de 30 ani. Din fotografie se vede lipsa gâtului, părul implantat pe spate. Se poate bănui limitarea mişcărilor. Tot în fotografie se vede că bolnavul prezintă o scolioză dorsală cu curbura mare concavă în stânga. Cazul a fost trimis profesorului Bertolotti în 1909 cu diagnosticul de Morb al lui Pott suboccipital. Din lămuririle date de profesorul Bertolotti asupra radiografiilor pierdute reese că acest caz se suprapune cazului lui Klippel şi Feil. Lipsa vertebrelor cervicale şi existenţa unei masse cervico-dorsale, fiind principalul punct comun.

Observaţia V-a (Bertolotti Mattirolo) 1916.

Un om în vârstă 23 ani, fără antecedente hereditare, născut cu diformitate şi find considerat ca Morb al lui Pott suboccipital. Din examenul clinic reese absenţa gâtului, implantarea joasă a părului, mişcările foarte limitate. Bărbia maschează furculiţa sternală. Regiunea mamară scoborâtă, distanţa între mamelon şi ombilic micşorată. Omoplaţii ridicaţi. Din radiografie reese un torace care se ridică până aproape la baza craniului. Se distinge o massă cervicală rezultată din fuzionarea elementelor din această regiune. In această massă se poate distinge forma câtorva vertebre. Se mai găseşte o deschidere a canalului rachidian înapoi. Oblicuitatea mare a claviculei. Articulaţia sterno-claviculară corespunzând în proecţie la a 5-a vertebră dorsală. Coastele superioare prezintă şi ele o oblicuitate tot aşa de mare.

Acest caz asemănător primului, pare a fi într'un grad mai mic de malformaţiune. Aci se pot distinge întrucâtva elementele vertebrale ce compun massa osoasă.

Observaţia VI-a (Bertolotti) A unui om în vârstă de 18 ani cu torticolis congenital şi cifoză occipito-cervicală. Se credea în existenţa unui Morb al lui Pott. Prezenta toate simptomele syndromului Klippel şi Feil. Diagnosticul de maladie congenitală s'a făcut prin implantarea joasă a părului pe ceafă până pe spate. La radiografie se vede un atlas rudimentar. Vertebra a 3-a lipseşte şi este înlocuită cu un fragment osos ce se găseşte în jumătatea stângă a corpurilor vertebrale. Vertebrele 4, 5, 6 şi 7 sunt reduse şi fuzionate. Tatăl băiatului avea un torticolis congenital de natură osoasă.

Observaţia VII-a. — (Bertolotti). Un om în vârstă de 24 ani.

Tratat pentru Morbul lui Pott cu aparate gipsate, prezintă: absența gâtului, limitarea mișcărilor, părul implantat jos până pe spate și mai prezintă un torticolis cu deviarea capului la dreapta.

Observația VIII-a. — (Bertolotti) 1919. Un om în vârstă de 16 ani, tratat pentru Morbul lui Pott. Radiografia demonstrează existența unei malformațiuni congenitale, cu torace cervical, spina bifida, diminuarea vertebrelor și unirea lor într'o massă osoasă. Clinic prezintă: lipsa gâtului, limitarea mișcărilor, implantarea joasă a părului.

La acest bolnav deși clinic prezintă toate simptomele malformațiunei noastre, totuși tocmai târziu după un an se pune diagnosticul de certitudine cu ajutorul radiografiei.

Observația IX-a. — (Le Lorier și Dupont). Au prezentat la «Société Anatomique» sub numele de «meningocel și malformațiuni multiple» — observația unei fete adusă la spitalul Beaujon, la 4 ore după naștere. Copilul prezintă: capul între umeri, o cifoză cervico-dorsală superioară, un meningocel cât doi pumni pediculizat la fontanela posterioară, perforația palatină complectă, un șanț în 1/3 inferioară a gambei stângi și sindactilie la mâna și piciorul stâng.

Moare în urma operației pentru meningocel.

La autopsie se găsesc vertebrele cervicale mult turtite, ceace explică micimea gâtului. Arcul posterior la primele 3 vertebre lipsește fiind înlocuit cu o membrană. Apofizele spinoase ale ultimelor vertebre cervicale sudate într'o singură creastă. Lucru interesant la acest caz îl prezintă bogăția anomaliilor, pe care le observăm pe restul corpului.

In ceace privește coloana cervicală, vedem că acest caz deși o formă de anomalie mai puțin înaintată, totuși se poate perfect suprapune cazului prim.

Aci cu multă ușurință se poate bănui influența mecanică prin bride amniotice, în ceiace privește patogenia acestui caz de malformațiune.

Observația X-a. — (Lance). Este cazul unei fete în vârstă de 12 ani, prezentată la «Société de Pediatrie» și care fusese tratată pentru Morbul lui Pott suboccipital. Clinic prezenta: gâtul scurt, implantarea joasă a părului, limitarea mișcărilor.

Radiografia arată sudura vertebrelor și existența unei spine bifida cervicală.

Observația XI-a. — (Lance). Un băiat în vârstă de 10 ani cu gâtul scurt, capul plecat pe o parte (torticolis congenital) cu o spina bifida ce se întinde pe toată lungimea canalului cervical până la primele toracice. Operat fără succes pentru torticolis, care era de natură osoasă congenitală.

Observația XII-a. — (Dubreuil-Chambardel). Un băiat în vârstă de 16 ani. 1.45 m. înălțime. Prezintă: lipsa gâtului, capul fixat direct pe corp, urechile ating umerii, capul plecat spre dreapta

dă impresia de torticolis. Mişcările foarte limitate, mai ales cele de lateralitate.

La radiografie se observă: coloana dorsală cu coastele şi

Fig. No. 4.

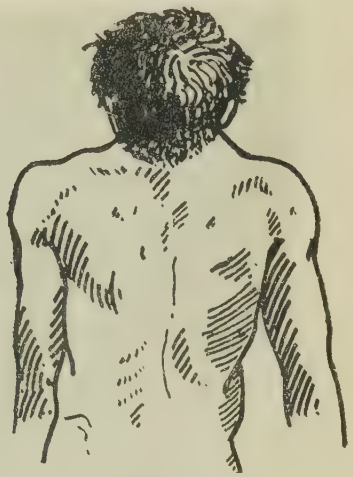

Fig. No. 5.

sternul normale, coloana cervicală redusă în înălţime, formează o massă unică la care se remarcă bine linii luminoase între corpurile vertebrale sudate.

Observaţia XIII-a. — (D-l Medic Colonel Ang. Vasilescu şi Niculescu Şt.).

Soldatul S. B. în vârstă de 21 ani bolnav de 3 săptămâni, intră în spital la 19 Septembrie 1922, pentru junghi la azab hemitoracelui stâng şi tuse.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

In antecedentele personale găsim paludism şi reumatism poliarticular acut.

Bolnavul de constituţie forte, uşor febril, tegumentele normal colorate, fără adenopatii. Se observă la el un gât scurt, care dă impresia capului direct implantat pe corp. Bărbia acoperă manubriul sternal. Părul implantat pe ceafă până în dreptul apofizelor spinoase dorsale. Toate mişcările sunt limitate, mai ales extenzia şi cele de lateralitate. Rotaţia se face în jurul unui unghi de 45^0.

Bolnavul nu prezintă nici o turburare trofică de sensibilitate sau compresiune.

La pulmoni prezintă semnele unei pleurezii uscate.

La cord: un suflu extra cardiac care dispare în poziţie verticală.

Ficatul uşor sensibil la presiune.

Splina, rinichii normali.

Examene de laborator: Urina fără glucoză, fără albumină. Bordet Wasserman negativ. Ureea în sânge 0.41 $^{0}/_{00}$.

La radiografie: vertebrele 2, 3, 4 și 5 cervicale turtite și

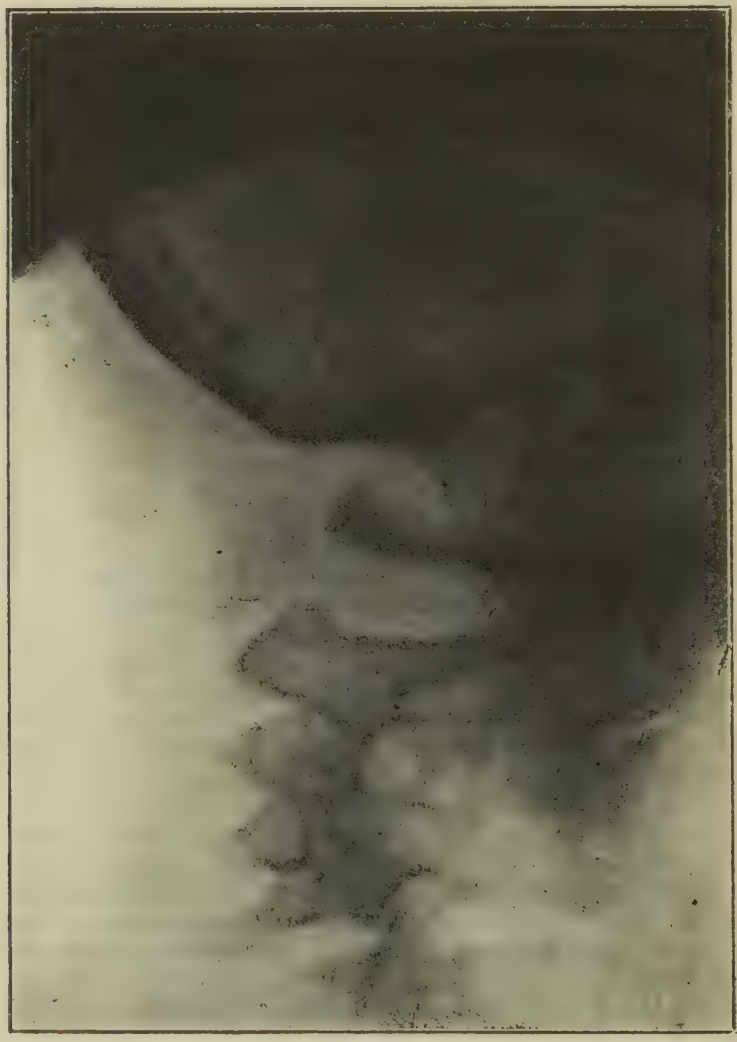

Fig. No. 6.

unite într'o singură massă osoasă, atât prin corpurile lor cât și prin apofizele spinoase si transverse; spațiile intervertebrale nu se mai văd. Intre prima vertebră și massa vertebrelor unite și

între această massă şi vertebra a 6-a se văd net spaţiile intervertebrale. Aci pare că se fac mişcările. Nu are spina bifida.

Acest al 13-lea caz din literatură şi primul la noi, vedem că este asemănător cu celelalte atât din punct de vedere clinic, cât şi din punct de vedere anatomic, fiind însă un caz mai puţin înaintat de malformaţiune şi lipsind spina bifida, care după cum vom vedea şi din punct de vedere al patogeniei, îşi are explicaţia sa.

Observaţia XIV-a (Dr. A. Daniel — Severin).

Băiatul Gheorghe B., în vârstă de 13 ani, născut la termen în Mehedinţi, intră în spital în ziua de 1 Octombrie 1920, pentru un abdomen care creşte mare.

In antecedentele hereditare, poate alcoolism la tată.

In antecedentele personale găsim paludism.

Deşi în vârstă de 13 ani, are abia talia unui copil de 8 ani (manism).

Capul pare implantat pe torace prin lipsa gâtului. Bărbia maschează furculiţa sternală. Mişcările gâtului limitate fără a fi dureroase şi fără cracmente în timpul lor. Fără spina bifida şi fără vre-o altă diformitate a coloanei vertebrale. Glanda tiroidă foarte mult redusă. Abdomenul mare, proeminent, fără circulaţie superficială; fără lichid, prezintă o splină şi un ficat mare, neted, nedureros.

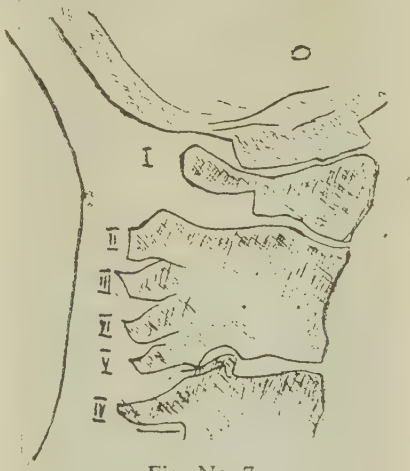

Fig. No. 7.
Schema radiografiei precedente

Splina ajunge la omblic.

Pe linia mediană supraombilicală prezintă o hernie, care se pune în evidenţă mai ales în timpul efortului.

Organele genitale externe se prezintă cu un rudiment de penis, cu bursele mici şi goale.

Testiculele mici nedureroase, se găsesc la intrarea canalului inghinoperitoneal.

Pulmonul, nimic anormal.

La cord: Bolnavul nu are cianoză nici a feţei şi nici la extremităţi şi nici dispnee de efort. Nu are hipertrofia cordului. La palpaţie se simte un fremisment catar în regiunea mezo-cardiacă, iar la ascultaţie se aude un suflu sistolic în spaţiul al 3-lea intercostal pe marginea stângă a sternului cu propagare orizontală, fără însă să ajungă în axilă.

Puls ritmic izocron. Inteligenţa normală. Bordet Wasserman

negativ. Ureea normală. Are o anemie marcată fără hematozoar. Are urobilinurie.

Cazul acesta foarte interesant a fost prezentat Societăţei Medicale a Spitalelor.

Vedem că din punct de vedere chimic se potriveşte cazurilor noastre, dupe cum se poate cu uşurinţă vedea chiar din fotografia bolnavului.

Fig. No. 8.

Ii lipseşte radiografia spre a da certitudinea.

La acest bolnav pe lângă monstruozitatea care îl face să prezinte sindromul lui Klippel şi Feil, vedem că mai are asociate şi o serie de alte distrofii.

Vedem că între toate cazurile observaţiilor de mai sus există o mare asemănare atât din punct de vedere clinic, cât şi din punct de vedere anatomic.

In limita unui cadru bine definit, cazurile prezintă o serie de variaţiuni anatomice, însă totdeauna ele dau naştere syndromului clinic descris de Klippel şi Feil.

Observaţia XV-a. (P. Rebierre). S. Marcel de 24 ani mobilizat în ultima parte a campaniei în care timp a trecut prin spital pentru bronşită. In copilărie a avut pleurezie purulentă. Pentru aceste antecedente şi pentrucă prezenta o slăbiciune marcată acuzând dureri cervicale, a fost diagnosticat drept Morbul lui Pott, lucru neconfirmat de radiografie. Prezinta toate semnele syndromului Klippel şi Feil, în plus o paralizie a coardei vocale stângi cu distonie. O paralizie a vălului palatin în stânga fără ca lichidele să treacă prin nas. Mai prezintă hipoestezia vălului fără anestezie faringee. Anestezie cutanată în regiunea cervicală stângă inferioară. Pulsul în jurul la 100 bătăi pe minut şi cu reflexul oculo-cardiac inversat. Tensiunea arterială la Pachon 16-9.

Bolnavul nu prezintă alte turburări din partea nervilor cranieni.

Radiografia arată turtirea vertebrelor a 2ª 3ª şi 4ª formând un bloc unic şi la care apofizele spinoase cari se ating permite numărarea vertebrelor componente.

Acest caz publicat recent în «La Presse Medicale» No. 40 din 19 Mai 1923 face fără îndoială parte din categoria bolnavilor cu syndromnl Klippel Feil. Autorul susține că turburările nervoase au apărut probabil mai târziu prin o redeșteptare a procesului patologic care ar fi provocat leziunea congenitală.

De adăugat că bolnavul a suferit un traumatism în copilărie fără ca doica să fi observat fenomene alarmante atunci.

Lucru interesant la acest caz este lipsa spinei bifida și prezența totuși a părului jos implantat pe spate.

Acesta este singurul caz la care vedem net fenomene nervoase în raport cu malformațiunea.

Etiologie, Patogenie.

Pe cele 14 cazuri publicate vedem că numai într'un singur caz (observația 6-a) profesorul Bertolotti a remarcat la tatăl băiatului existența unui torticolis congenital osos. In restul observațiilor nu se citează nici un caz de malformațiuni congenitale asemănătoare, nici la părinți și nici la frați. De aci vedem că nu se poate scoate nici transmisibilitatea hereditară și nici un caracter familial al acestei monstruozități.

Fevré și Raymond au arătat totuși că o bună parte din copiii care mor cu malformațiuni grave, au părinți la care se poate găsi alcoolismul, sifilisul sau tuberculoza.

Această distrofie apare dupe cum vedem, mult mai frecuent la bărbat decât la femee. Din cele 14 cazuri, numai 3 sunt luate la femee.

Bolnavii cu această afecțiune nu se plâng de nici o turburare pe care le-ar produce-o existența ei. Vedem că o bună parte din ei ajung la o vârstă înaintată și unii au făcut chiar serviciul militar. Totuși se observă o oarecare predispoziție pentru afecțiuni pulmonare, nu însă pentru apoplexie cum credea Morgagni.

Pentru explicarea patogeniei malformațiunilor coloanei vertebrale, au fost emise o serie mare de teorii. Cea mai veche este a lui Meckel 1816. Meckel atribue anomaliile numerice prin exces unei supra activități formative în desvoltarea rachisului, iar cea prin lipsă unei diminuări în activitatea formativă. Aceasta este o teorie simplă, convenabilă, însă insuficientă. Ar explica poate dacă ar fi admisibilă varia-

țiunile numerice ale coloanei vertebrale, pentru cazul nostru însă unde avem și turburări marî morfologice, rămâne cu totul insuficientă.

Geoffroy Saint Hilaire și Taruffi susțin teoria emisă de primul, a segmentărei neregulate.

Ar fi la embrion o segmentare mai abundentă în cazurile de vertebre supra numerare, sau o segmentare mai săracă, în cazurile de diminuare a numărului vertebrelor.

Și această teorie explică ca și prima numai cazurile de variațiuni numerice.

Regalia a admis teoria ascensiunei basinului. Bazinul în dezvoltarea lui la embrion, ia succesiv contact cu vertebre din ce în ce mai ridicate. Când în această ascensiune depășește în sus limita normală, atunci am avea o reducere în numărul vertebrelor presacrate. Când din contră această ascensiune este împiedicată, atunci am avea o mărire a numărului vertebrelor presacrate.

Această teorie este foarte admisibilă, pentru cazurile de variațiuni numerice compensate.

Rosenberg, susține că coloana dorsală este cea mai stabilă în numărul de vertebre. Ar prezenta variațiuni la extremități. Pentru extremitatea inferioară ar fi o tendință de a transforma vertebrele dorsale în lombare, prin dispariția coastelor de jos în sus; iar pentru extremitatea cervicală de a transforma vertebrele dorsale în cervicale tot prin dispariția coastelor. In sprijinul acestei teorii vine embriologia care arată că la embrion există 29 perechi de coaste și care dispar, pentru porțiunea superioară de sus în jos, iar pentru cea inferioară de jos în sus. Și această teorie ar fi admisibilă pentru variațiunile numerice compensate.

Ihering susține teoria intercalărei și excalărei, bazată pe observațiunea că în caz de vertebre supra numerice există nervi divizați în formă de furcă. Teorie creiată tot pentru variațiunile numerice ale coloanei vertebrale.

Varaglia susține teoria conținutului asupra conțină-

torului. Așa apariția sau dispariția unui segment din măduvă, de natură poate atavică, ar determina apariția sau dispariția de vertebre. Faptul că sistemul nervos apare înaintea țesutului osos, întărește această ipoteză.

Guillemen, susține că din unirea în cursul desvoltărei a două metamere vecine, ar naște vertebre cu caracterul ambelor regiuni.

Dareste, susține teoria mecanică în producerea malformațiunilor și o bazează pe experiențe făcute de el cu ouă de pasăre, la care a obținut malformațiuni cu ajutorul unor manevre mecanice.

Renaud, admite că datorită unui traumatism sau unei toxine, centru spinal, care ar comanda troficitatea unei regiuni, fiind atins s'ar produce în urma acestui fapt o atrofie numerică a acelei regiuni, printr'un soi de diminuare a coeficientului de proliferare celulară. In acest sens au fost observate o serie de atrofii în țesuturile unor regiuni întregi, în urma unor arsuri căpătate într'o vârstă tânără de creștere.

Lăsând la o parte teoriile care se pot aplica variațiunilor de număr ale coloanei vertebrale compensate sau necompensate și oprindu-ne asupra teoriei lui Varaglia, experiențelor lui Dareste și ipotezei lui Renaud, vedem că și pentru patogenia monstruozității ce o studiem în această lucrare, autorii au scos ceva cu care poate ne apropiem mai mult de adevăr.

Klippel și Feil, admit că această monstruozitate ar rezulta din acțiunea unui traumatism sau a unei stări patologice la embrion, o osteită microbiană sau toxică. Experiențele lui Dareste le întărește această credință.

Feil reluând studiul patogeniei acestei monstruozități în teza sa asupra «Le Syndrome de la Réduction numérique Cervical» admite că pentru asemenea cazuri, ar exista o cauză mecanică sau una patologică. Cauza patologică o exclude, întrucât o maladie microbiană ca să producă o astfel de leziune, ar trebui să intervină la o vârstă embrionară foarte timpurie, lucru care ar explica cu greu limitarea la o

singură regiune a procesului patologic, atunci când la embrion țesuturile sunt așa de puțin diferențiate. Această ipoteză patogenică pentru o vârstă embrionară mai avansată, ar explica limitarea procesului la o singură regiune, însă în acest caz ar trebui să admitem existența unei meningite cerebro spinale. La nici unul din cazurile de până acum nu am observat turburări intelectuale sau existența vreunei leziuni nervoase. Numai în primul caz al lui Klippel și Feil, am văzut abolirea reflexelor rotuliene și inegalitate pupilară, așa că cu greu am putea admite această ipoteză.

Rămâne cauza mecanică. O lovitură directă asupra acestei regiuni la embrion este greu de admis că ar produce acest complex de turburări și mai ales pentru producerea spinei bifida, când știm că embrionul este pus la adăpost de lovituri prin lichidul amniotic, iar regiunea cervicală în special este apărată de extremitatea cefalică mare și de umeri.

Dupe Feil pentru a explica această monstruozitate, se pot face două supoziții: 1) Rolul mecanic al sistemului nervos. 2) Existența unei turtiri secundare a spinei bifida.

Prima supoziție se apropie de teoria susținută de Varaglia (influența conținutului asupra conținătorului) din punct de vedere însă mecanic. Teoria aceasta are multe argumente pentru, totuși cred că nu poate fi admisă, întrucât după cum am văzut, la majoritatea cazurilor, coloana se prezintă cu o perturbare mare în structura sa. Ori dacă admitem o legătură între conținut și conținător, la turburările conținătorului trebue să existe și turburări ale conținutului, lucru ce nu l'am constatat pe nici un caz.

Rămâne a doua supoziție, care pare într'adevăr mult mai tare. Am văzut că în mai toate cazurile există o spina bifida cervicală. Această spina bifida creiază un loc de mai mică rezistență a coloanei în acest loc. Cum coloana cervicală își începe osificarea la 2—3 luni față de cea dorsală care începe la 45 zile, sub acțiunea unei presiuni, prinsă între coloana

dorsală rezistentă şi extremitatea cefalică se deformează, dând naştere la această monstruozitate. Lipsa spinei bifida dă o rezistenţă mai mare coloanei şi am văzut că în aceste cazuri (cazul D-lui Colonel Dr. Vasilescu) turburările coloanei cervicale sunt mai atenuate.

Presiunea poate fi exercitată de diferite corsete, de amniosul, la care am avea malformaţiuni din cauza oligoamniosului, dar mai ales traumatismului mecanic sau toxic în tentativele de abort.

Spina bifida, care micşorează rezistenţa coloanei cervicale, ar lua naştere prin oprirea în desvoltare la embrion a lamelor vertebrale, care nu mai ajung în contact pe linia mediană, spre a transforma şanţul rachidian în canal. Admiţând aceste zise, credem că pe lângă o cauză mecanică, în unele cazuri trebue să existe şi o cauză toxică medicamentoasă sau microbiană, mai cu seamă că zilnic auzim că copii, care mor curând dupe naştere având malformaţiuni grave, sunt născuţi din părinţi care sau abuzează alcoolul, sau la care găsim o boală cronică: sifilisul, tuberculoza, sau femei care au făcut tentative de abort.

Studiul Anatomic.

Cu ajutorul radiografiilor şi autopsiilor făcute, s'a stabilit din punct de vedere anatomic, o serie de caractere, care dau tipul acestei monstruozităţi. Aceste caractere sunt:

Absenţa sau diminuarea vertebrelor cervicale şi chiar dorsale.

Lipsa de individualitate pentru o parte sau totalitatea lor, fiind înlocuite cu o masă osoasă cervicală sau cervico-dorsală.

Existenţa unei cutii toracice, care se poate ridica până la baza craniului.

Existența, în marea majoritate a cazurilor, a unui orificiu triunghiular posterior (spina bifida).

Massa cervico-dorsală formată din unirea vertebrelor cervicale și dorsale superioare, apare la autopsie ca un singur os, care prezintă două fețe, două margini și două extremități.

La radiografie în unele cazuri se poate distinge la această massă, o serie de dungi transversale, care indică limita între vertebrele ce constituesc osul și care arată că sudura vertebrelor între ele ar fi numai la exterior, în timp ce către centru ele ar păstra limita. In genera! acest os are o formă alungită și și turtită antero posterior.

Pe fața superioară și posterioară, prezintă un orificiu triunghiular cu vârful în jos în raport cu gaura occipitală. Acest orificiu, când capul este în exteuzie, se acoperă aproape în întregime, iar când capul este în flexiune, devine foarte accesibil și putem simți prin el bulbul și creerușul. Vârful acestui orificiu este în jos și se continuă pe partea posterioară și inferioară cu o creastă mediană neregulată, rezultată din unirea ultimelor apofize spinoase cervicale și dorsale, sau mai bine zis din unirea apofizelor spinoase a vertebrelor, care sunt sudate în această massă osoasă.

Lateral se poate distinge sudura apofizelor transverse. Pe această parte se articulează în porțiunea inferioară coastele și care dupe numărul lor indică numărul vertebrelor dorsale care iau parte la formarea acestui corp. Tot pe această parte se poate vedea canalul vertebral și orificiile nervilor rachidieni, aceasta pentru porțiunea vertebrelor cervicale.

Atlasul și axisul pot lipsi sau putem avea occipitalizarea atlasului. Pe fața superioară când între occiput și massa osoasă nu mai avem alte vertebre, atunci găsim două fațete articulare pentru condilii occipitali, despărțite printr'o creastă cu un dinte, urma apofizei odontoide.

Fața anterioară în general netedă, nu prezintă

nici proeminența discurilor intervertebrale și nici depresiunile corpurilor vertebrale.

Cutia toracică ocupată în întregime de ambii pulmoni, se întinde câte odată chiar până la baza craniului. Douăsprezece perechi de coaste îngrădesc această cutie, cele superioare având o oblicitate foarte mare. Clavicula prezintă și ea o oblicitate mare, articulația sternoclaviculară poate ajunge în proecție chiar a 6-a vertebră dorsală.

In unele cazuri fosa cerebrală posterioară, descinde mult devenind aproape verticală. Atunci formează un fel de cifoză bazilară.

Studiul Clinic.

In legătură cu aceste caractere anatomice, bolnavii atinși de această malformațiune, prezintă o serie de simptome principale, constituind un syndrom și care încă din anul 1912 au fost stabilite de Klippel și Feil în «Nouvelle Iconographie de la Salpêtriére».

Semnele capitale sunt:

1) Implantarea joasă a părului.
2) Absența gâtului.
3) Limitarea mișcărilor capului.

Implantarea joasă a părului este unul din simptomele foarte constante și care arată că maladia este congenitală. Ea lipsește în Morbul lui Pott suboccipital. Această împlantare joasă s'ar putea pune în legătură cu existența spinei bifida ce am văzut că există în această regiune la acești bolnavi. Știm legătura ce există între spina bifida oculta și existența unei tricoze în acel loc, însă la bolnavii noștri chiar fără spina bifida am constatat existența părului jos împlantat, cum este în cazul al XII-lea (D-l Colonel Dr. Ang. Vasilescu) și în afară de aceasta părul nu are caracterul celui ce însoțește spina bifida oculta.

El este implantat pe o suprafață câte odată triunghiulară cu vârful în jos și ajunge până la apofiza spinoasă a vertebrei a 4-a dorsală sau pe o suprafață mărginită în jos de o linie dreaptă și care ajunge până aproape pe umeri, având toate caracterele părului din această regiune.

Absența gâtului este al doilea semn constant. Mărimea lui variază cu gradul de malformațiune. In față gâtul și furculița sternală sunt mascate de maxilarul inferior. In spate prin faptul că coastele se inseră sus până la baza craniului, scurtarea pare tot așa de pronunțată. Scurtarea gâtului o mai prezintă și bolnavii cu Morbul lui Pott, când însă este asociată cu implantarea joasă a părului, devine patognomonică. La acești bolnavi se mai observă și o înclinare laterală a gâtului torticolis și care uneori este chiar un torticolis congenital veritabil de natură osoasă prin prezența unei jumătăți de vertebră.

Limitarea mișcărilor este al treilea simptom foarte constant și care privește toate mișcările fără a fi dureros. Depinde de gradul de malformațiune. Nu este însoțit de redoare sau contractură musculară.

In afară de aceste 3 simptome cardinale și care nu lipsesc dela nici un caz, mai avem o serie de alte semne, care pot varia dela caz la caz. Așa am văzut în observațiile citite, cum o parte din bolnavi prezentau o serie de deviațiuni ale coloanei vertebrale. In unele cazuri se semnalează scolioza dorsală, lipsa lordozei cervicale sau o încovoiere mai mare dorsală. Axul ochilor poate fi oblic. Urechile scoborâte pot atinge umerii. Omoplații pot fi ridicați. Scoborârea areolelor mamare și micșorarea distanței între ele și ombilic este foarte frecventă. Capul uneori este cam mare în raport cu corpul. Membrele superioare în unele cazuri sunt mai lungi.

Rar, cum este în observația IX-a și XIV-a se mai găsesc și alte malformațiuni însoțind monstruozitatea cazului nostru.

Inteligența în toate cazurile observate nu pare a fi atinsă. Alte turburări nervoase nu au fost observate.

Prognostic.

Odată coloana cervicală complect osificată, evoluția monstruozității pare oprită. In timpul creșterei însă sub acțiunea stațiunei verticale și a greutății, se observă o agravare a deviațiunilor secundare, adică a scoliozei sau cifozei, mai ales în regiunea dorsală.

Dacă din acest punct de vedere prognosticul nu prezintă gravitate, proasta conformațiune toracică însă pare a predispune pe acești bolnavi la leziuni secundare pleuro-pulmonare!

Diagnostic

Bolnavii cu această malformațiune au fost confundați foarte des cu Morbul lui Pott, sau alte cazuri au rămas nediagnosticate.

Cu Morbul lui Pott diagnosticul este mai serios. Am văzut cum în multe din cazurile profesorului Bertolotti, bolnavii socotiți la început că au această maladie au fost tratați în consecință cu aparate gipsate. Diagnosticul este și mai serios când la această malformațiune se mai adaugă o cifoză dorsală. Cu un Morb al lui Pott în evoluție se confundă mai greu, întrucât bolnavilor le lipsește durerea spontană sau provocată. Ei nu au turburări nervoase nici contracturi sau redoare musculară. Rămâne mai greu diagnosticul cu un Morb al lui Pott vindecat sau pe cale de vindecare. In acest caz prin interogații culegem date asupra antecedentelor și dacă bolnavul s'a născut cu această deformație ne vom gândi la o malformațiune congenitală.

Implantarea joasă a părului este patognomonică în punerea acestui diagnostic şi am văzut cum profesorul Bertolotti a pus diagnosticul ajutat numai de acest simptom şi cum în urmă radiografia a confirmat diagnosticul.

Un torticolis congenital poate adesea însoţii bolnavii cu syndromul lui Klippel şi Feil.

Rachitismul cu greu poate da o asemenea leziune.

Un traumatism vechi îl excludem prin comemorative. Spondilita traumatică numai atunci poate fi confundată, când lipsesc aceste date asupra traumatismului

Occipitalizarea atlasului se însoţeşte adesea de o diminuare a gâtului.

Spina bifida cervicală am văzut că însoţeşte în marea majoritate a cazurilor leziunea noastră. Când nu este însoţită de turtirea şi fuzionarea vertebrelor se recunoaşte cu uşurinţă.

Coastele cervicale când sunt de ambele părţi se diagnostichează prin numărarea lor. Când sunt mai multe de 12 perechi, atunci gâtul scurt se datoreşte existenţei acestor coaste cervicale supranumerare.

In diagnosticul diferenţial cu toate aceste cazuri dar mai ales cu Morbul lui Pott, trebue să avem în minte semnele capitale ale syndromului Klippel şi Feil şi anume:

1. Implantarea joasă a părului.
2. Absenţa gâtului.
3. Limitarea mişcărilor capului.

Toate acestea întrunite pe acelaş caz pot da un diagnostic de mare probabilitate.

Diagnosticul de certitudine se pune însă cu ajutorul radiografiei. Ea ne indică leziunea şi gradul ei.

Conducându-ne astfel şi având în minte existenţa acestei afecţiuni, vom face cu uşurinţă un bun diagnostic, având valoare din punct de vedere al tratamentului şi prognosticului.

Tratament

Acest capitol este unul din cele mai scurte întru cât pentru această afecțiune congenitală, tratament curativ nu există.

La acești bolnavi în timpul creșterei, se formează adesea deviațiuni secundare ale coloanei vertebrale, tocmai din cauza slăbirei și alterațiunilor existente.

Aci vom institui, după nevoie un tratament cu: higienă, gimnastică, masaj și aparate ortopedice pentru a împedeca formarea lor și chiar a le vindeca. Viața în aer liber și o bună nutriție sunt indicate în toate cazurile la bolnavii cu syndromul Klippel și Feil.

Eliminând Morbul lui Pott, vom scuti bolnavii de portul unui aparat gipsat mare și greu, care pe lângă inutilitatea lui poate fi și dăunător acestor bolnavi, la care am văzut predispoziția pentru afecțiuni pleuro-pulmonare.

Leziuni nervoase și musculare am văzut că nu există, așa că nu avem nici un tratament în această direcție.

Concluziuni

1. Anomalia ce constitue tipul cazului nostru, întrunește o diminuare a numărului vertebrelor cervicale sau cervico-dorsale, cu însemnate alterațiuni morfologice, dând o adevărată monstruozitate.

2. Această monstruozitate prezintă o serie de variațiuni dela caz la caz, lucru care nu ne îndreptățește însă, să creiem tipuri deosebite fiindcă am creia prea multe.

Patogenia trebue să fie una pentru toate cazurile. Simptomatologia legată de starea anatomică variază însă numai în limita unui cadru bine definit și creiază un grup omogen bine individualizat.

3. De aci rees următoarele caractere anatomice și clinice:

Caractere anatomice:

a) O massă cervicală sau cervico-dorsală formată din unirea vertebrelor turtite şi atrofiate.

b) Ridicarea cutiei toracice, care poate ajunge până la baza craniului.

c) Prezenţa în marea majoritate a cazurilor 93 la sută a unei spine bifida posterioară şi superioară.

Caractere clinice:

a) Implantarea joasă a părului până pe spate sau umeri.

b) Absenţa sau scurtarea gâtului.

c) Limitarea tuturor mişcărilor capului.

La aceste 3 semne ce constituesc syndromul lui Klippel şi Feil, se adaugă o serie de semne secundare inconstante. Cu această simptomatologie facem diagnosticul de mare probabilitate, certitudinea însă ne-o dă radiografia.

4. Această malformaţiune prezintă în literatură o serie restrânsă de cazuri, totuşi pare că ar fi mai frecuentă. Dacă clinicianul va avea în minte şi această posibilitate, cu siguranţă că literatura va fi îmbogăţită în scurt timp cu o serie de noi cazuri, în timp ce se vor reduce numărul celor cu Morbul lui Pott suboccipital sau cervical.

5. Patogenia deşi ceva mai luminată, rămâne un câmp deschis pentru cercetări.

6. Afecţiunea se poate însoţi de o serie de alte distrofii.

7. Tratament curativ nu există.

8. Malformaţiunea nu produce turburări grave şi cei ce prezintă această afecţiune pot face chiar serviciul militar în rândul auxiliarilor.

Văzută şi bună de imprimat:

Preşedintele tezei,
(ss) Profesor, I. Bălăcescu.

Decanul Facultăţei,
(ss) Profesor, Toma Ionescu.

Bibliografie

Cruveilhier. — Traité d'anatomie descriptive t. I. II-ième Ed.

L. Dubreuil. — Chambardel (Tours).
Presse medicale, 4 Mai 1921, p. 353.

A. Daniel. — *Craiova.* — Atrophie numérique consécutive aux Brûlures de l'Enfance.

A. Feil. — L'absence et la diminution des vertèbres cervicales, Thèse de Paris

E. Feindel. — Revue neurologique 1918.

Kirmisson. — Précis de Chirurgie Infantile.

Klippel şi Feil. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.

Ledouble. — Traité des variations des os de la colone vertébrale.

Testut. — Traité d'anatomie descriptive.

Poirier. — Traité d'anatomie descriptive.

Vasilescu Ang. — Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Bucarest.